Presentación de caso

Manejo anestésico en un caso con súper-súper obesidad

Anesthetic management in a case with super-super obesity

Carlos Enrique Fernández Montoya[1*] https://orcid.org/0000-0002-7640-2415

[1]Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: carlosefm@nauta.cu

RESUMEN

La obesidad es uno de los problemas de salud que enfrenta la humanidad actualmente. Los pacientes obesos a menudo requieren procedimientos quirúrgicos y representan un reto para cualquier anestesiólogo debido a que se asocian a importantes trastornos pulmonares (apnea obstructiva del sueño, síndrome de hipoventilación por obesidad, fisiología pulmonar restrictiva con alteración de la correspondencia ventilación-perfusión y capacidad residual funcional reducida con desaturación rápida relacionada durante la apnea); cardiovasculares (hipertensión con cardiopatía estructural relacionada, hipertensión pulmonar con cardiopatía pulmonar) y endocrinos (trastornos de resistencia a la insulina y diabetes mellitus); así como, a un mayor riesgo de complicaciones perioperatorias. Presentamos el caso de una mujer con un índice de masa corporal de 60,6 kg/m² que se presentó para una reducción abierta con fijación interna de una fractura de radio y cúbito bajo anestesia general. En este trabajo se hace referencias a aspectos importantes de la evaluación preoperatoria de este tipo de pacientes, la preparación para el manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica. También se abordó la estrategia de dosificación de las drogas anestésicas y finalmente, como debe ser el manejo posoperatorio en casos como este. Este trabajo también expone la importancia, de un manejo anestésico adecuado, minimizando las posibles complicaciones en pacientes con formas extremas de obesidad.

Palabras clave: obesidad mórbida; anestesia.

ABSTRACT

Obesity is one of the health problems facing humanity today. Obese patients often require surgical procedures and represent a challenge for any anesthesiologist because they are associated with significant pulmonary disorders (obstructive sleep apnea, obesity hypoventilation syndrome, restrictive lung physiology with altered ventilation-perfusion matching, and reduced functional residual capacity with associated rapid desaturation during apnea); cardiovascular disorders

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

(hypertension with associated structural heart disease, pulmonary hypertension with pulmonary heart disease), and endocrine disorders (insulin resistance disorders and diabetes mellitus); as well as an increased risk of perioperative complications. We present the case of a woman with a body mass index of 60.6 kg/m² who presented for open reduction with internal fixation of a radius and ulna fracture under general anesthesia. This article addresses important aspects of the preoperative evaluation of this type of patient, preparation for airway management, and mechanical ventilation. The dosing strategy for anesthetic drugs and, finally, the appropriate postoperative management in cases like this were also addressed. This work also highlights the importance of proper anesthetic management, minimizing potential complications in patients with extreme obesity.
Keywords: morbid obesity; anesthesia.

Recibido: 19/10/2025
Aceptado: 30/10/2025

Introducción

En la práctica cotidiana el anestesiólogo tiene que enfrentarse a disímiles retos que ponen a prueba sus capacidades como especialista. Uno de estos es el manejo de pacientes con obesidad mórbida, y dentro de estos, los llamados pacientes con súper obesidad o con súper-súper obesidad que son las formas más extremas de esta enfermedad.[1,2]

Estadísticas mundiales reflejan un aumento epidémico de la obesidad en todos los grupos de edad. La prevalencia de obesidad grave que comprende super obesidad y super-super obesidad se ha duplicado casi del 4,7 al 9,2 %,[1] se estima que para 2025 el 6 % de los hombres y el 9 % de las mujeres serán severamente obesos, con un índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m,[2,3] lo que evidencia la alta probabilidad de poder enfrentar estos pacientes tanto en la cirugía programada como de urgencias.[1,2]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad en adultos como un IMC ≥ 30 kg/m^2. Sin embargo, los picos recientes en la enfermedad han dado lugar a clasificaciones adicionales, incluyendo obesidad severa (mórbida según la OMS) como un IMC ≥ 40 kg/m^2, súper obesidad como un IMC ≥ 50 kg/m^2 y súper-súper obesidad como un IMC ≥ 60 kg/m^2.[2,4]

En este artículo, describimos los desafíos anestésicos de una paciente súper-súper obesa sometida a una cirugía del antebrazo izquierdo por una fractura de radio y cúbito y que no estuvo de acuerdo que se le practicara una técnica regional.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Presentación de caso

Se presentó una paciente de 39 años de edad, de raza negra, 165 cm de estatura y 165 kg de peso para un IMC de 60,6 kg/m^2. Diagnosticada de una fractura de radio y cúbito del antebrazo izquierdo y se anuncia para la colocación de dos láminas de compresión dinámica.

Durante la evaluación preoperatoria se encontraron antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, la cual lleva tratamiento con nifedipino de 90 mg, hidroclorotiazida 25 mg y telmisartán 80 mg; hipercolesterolemia, tratada con atorvastatina 40 mg; además tenía tratamiento con aspirina 75 mg, paracetamol 1 g y diclofenaco 50 mg para manejo del dolor. Se interconsultó con el especialista en medicina interna quien sugirió mantener el tratamiento

Valoración preoperatoria: Por anestesia se evaluó en primer lugar la presencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) después de aplicarle un cuestionario (STOP-BANG para diagnóstico de AOS)[5] y al encontrar solamente dos ítems positivos se concluyó como un bajo riesgo de AOS.

No se recogió antecedentes de diabetes *mellitus*, ni de cardiopatías, ni de insuficiencia renal, ni de otra patología asociada a la obesidad.

Al examen físico se constató tejido celular subcutáneo no infiltrado por edemas, mucosas normocoloreadas y húmedas. En el aparato respiratorio se constató murmullo vesicular disminuido de forma global, no estertores, frecuencia respiratoria (FR) de 21 respiraciones/min; en el sistema cardiovascular los ruidos cardíacos rítmicos y de buen tono, no se precisan soplos, tensión arterial (TA): 140/80 mmHg y frecuencia cardíaca (FC): 85 latidos/min.

Se examinó exhaustivamente la vía aérea y se encontraron fosas nasales permeables, Mallampati 3, apertura bucal > 3cm, distancia esternomentoniana de 12 cm, distancia tiromentoniana de 6 cm y la circunferencia del cuello de 39 cm con una hiperextensión de menos de 35 grados, tráquea central y desplazable.

En los exámenes complementarios se reflejó una hemoglobina de 122 g/L, hematocrito: 37,9 %, leucograma en 11,21 x 10^9/L con 57 % de polimorfonucleares, 33,2 % de linfocitos, 7,2 % de monocitos, 2,1% de eosinófilos y 0,5 % de basófilos, conteo de plaquetas en 344 x 10^9/L, tiempo de protrombina control 14,6 seg/paciente 13,8 seg (INR 0,95), glucemia 5,4 mmol/L.

En el electrocardiograma (ECG) se encontró una taquicardia sinusal, con un eje normal sin otra alteración, RX tórax con índice cardiotorácico aumentado y acentuación de la trama broncovascular a predominio hiliar bilateral.

Se le explica a la paciente la posibilidad de realizar un bloqueo del plexo braquial para evitar la manipulación de la vía aérea. También se le habla de la posibilidad de complicaciones durante la intubación y los riesgos de realizar una cricotiroidectomía o traqueostomía en caso necesario y la paciente da su consentimiento sólo bajo actuación de la anestesia general.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Se tomó cuanta todo lo anterior, se elaboró el plan anestésico que incluyó el uso de fármacos que fueran absorbidos en menor medida por el tejido adiposo o que tuvieran un metabolismo más rápido y se propuso una técnica anestesia balanceada con propofol y fentanilo para la inducción y el mantenimiento con fentanilo y sevoflurano.

El día quirúrgico se recibió a la paciente en la sala preoperatoria. Tenía un catéter periférico 20 G en el antebrazo derecho por donde se le administraba solución salina fisiológica al 0,9 % a razón de 2ml/kg. Se premedicó con dexametasona 8 mg y cefotaxima 1 g.

Se preparó el quirófano incluido el *set* para el manejo de la vía aérea difícil que incluyó máscaras faciales # 5 y # 6, cánulas de Guedel, # 5 y # 6, laringoscopio con diferentes espátulas como Macintoch # 3, # 4 y # 5, Miller # 3, # 4 y # 5, también se dispuso de una espátula Mcoy # 4; dispositivos supraglóticos como la máscara laríngea clásica # 5 y el i-Gel # 5. Tubos endotraqueales desde el 6,0 hasta el 8,0 y la bujía de Eschmann y cánulas de traqueostomías 7,0 y 8,0.

Después la paciente se trasladó al quirófano y se colocó en decúbito supino, se movió la mesa a la posición de Trendelenburg invertida, conocida como posición de rampa,[1,4] con el canal auditivo alineado con la escotadura supraesternal para facilitar la intubación endotraqueal.[1,6]

Con el peso total de la paciente (TBW) se hizo el cálculo del peso ideal (IBW) y el peso magro (LBW) y se procedió a la administración de los medicamentos teniendo en cuenta este último.[6,7,8,9]

Se monitorizó electrocardiografía (ECG), presión arterial no invasiva (PNI) y saturación de oxígeno (SpO_2) con un monitor Nihon Khoden Vismo. Se procedió a la preoxigenación con fracción inspiratoria de oxígeno (FiO_2) por 5 min, a través de una máscara facial # 6, seguido de una administración de fentanilo 3µg/kg (LBW). Pasados 2 min se comenzó la inducción anestésica con propofol durante 60 seg a una dosis de 2,5mg/kg (LBW), en espera de la pérdida de la consciencia y la desaparición del reflejo de las pestañas que no ocurrió pasado otro minuto, por lo que se le administró el 30 % de la dosis calculada. Una vez que la paciente perdió la consciencia se le colocó una Guedel # 5 y se comprobó la adecuada ventilación con la bolsa reservorio, se administró el suxametonio a 1mg/Kg (LBW), y a los 30 seg se procedió a realizar la laringoscopia directa con alguna dificultad por lo complejo que resulta en este tipo de pacientes y se logró colocar un tubo endotraqueal (TET) 7,5 con manguito.

Se acopló a la máquina de anestesia Fabius GS y se comprobó la correcta colocación del TET por la curva de capnografía ($etCO_2$), además, se auscultó para comprobar simetría de ambos pulmones. Se fijó el TET a los 22 cm con 3 mL de neumotaponamiento. La ventilación se realizó en modo volumen-control con FiO_2 de 0,5; volumen tidálico de 7 ml/Kg según el IBW; relación tiempo inspiratorio-espiratorio 1:2; PEEP de 5cmH_2O), y la frecuencia respiratoria se prefijó en 14 y se

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

ajustó según los valores de $EtCO_2$ de entre 30 y 40 mm Hg. La presión pico se mantuvo por debajo de los 22 cmH_2O.

El mantenimiento se hizo con sevoflurano al 2,5 % y fentanilo a 2 µg/kg (LBW) cada 30 min de ser necesario pues se administró paracetamol 1 g como complemento de la analgesia y se continuó la relajación muscular con rocuronio a 0,6 mg/kg (LBW).

Durante el transoperatorio se mantuvo la monitorización de PNI, ECG continuo, SpO_2 y $etCO_2$. Durante la operación la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, se le colocó torniquete en el brazo izquierdo por lo que las pérdidas hemáticas fueron mínimas y se le colocó analgesia con 1 g de paracetamol intravenoso.

Finalizó la intervención quirúrgica después de 1 h y se procedió al cierre del agente inhalatorio y se revirtió el relajante muscular con 2,5 mg de neostigmina y 1 mg de atropina. La paciente tuvo un despertar tranquilo manejando volúmenes tidálicos de más de 300 mL con la ventilación espontánea y se logró extubar sin dificultad. Se ventiló con oxígeno con una máscara facial por 5 min y finalmente se trasladó a la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA).

Luego de una hora de vigilancia, una escala de Aldrete en 10 puntos y sin haber presentados vómitos, ni dolor, ni otro tipo de complicación, se decidió egresar la paciente de la UCPA hacia la sala abierta.

Discusión

La obesidad se define como una cantidad anormalmente alta de tejido adiposo en comparación con la masa muscular magra (≥ 20 % por encima del peso corporal ideal). Se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad debido a un amplio espectro de enfermedades médicas y quirúrgicas.[8]

A nivel mundial, la incidencia de la obesidad se ha duplicado desde 1980, y más de 1 de cada 10 adultos ahora está clasificado como obeso; la obesidad es ahora el quinto riesgo principal de muerte[6] y ha continuado el crecimiento a un ritmo alarmante en todo el mundo, después de un aumento de casi el 40 % en la prevalencia entre 2000 y 2018.[2]

A medida que aumenta la prevalencia de la obesidad, también lo hacen los costos de atención médica asociados. En promedio, los costos de atención médica anuales para un paciente obeso son aproximadamente, un 42 % más altos que para un paciente de peso normal.[8]

La obesidad está asociada con enfermedades importantes, como diabetes *mellitus*, hipertensión y enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva), dislipidemia, apnea obstructiva del sueño (AOS), osteoartritis, diferentes tipos de cánceres, mayor

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

incidencia de lesión nerviosa bajo sedación, disminución de la autoestima y una disminución de la expectativa de vida.[2,6,10]

El riesgo de muerte prematura se duplica en la población obesa, y el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular se quintuplica en los obesos en comparación con los no obesos.[8]

Preoperatoriamente, la mayoría de las complicaciones observadas están asociadas con el sistema respiratorio, ya que los pacientes obesos son más propensos a experimentar disminución del volumen pulmonar, colapso pulmonar, anomalías en la compliancia pulmonar y de la pared torácica, además de diversos grados de hipoxemia.[10]

Las complicaciones intraoperatorias se asocian con un aumento de fallas de bloqueo, lesiones de nervios periféricos, complicaciones trombóticas y dificultades con el manejo de las vías respiratorias y la administración de líquidos.[10]

Después de la operación, estos pacientes también presentan mayor riesgo de desarrollar infarto de miocardio, tienen el doble de probabilidades de desarrollar una infección de la herida, también tienen riesgo de infecciones del tracto urinario, de eventos tromboembólicos y lesiones nerviosas.[2,10]

Estas comorbilidades, inevitablemente se suman a una mayor tasa de mortalidad perioperatoria. Por lo tanto, el manejo anestésico de un paciente súper-súper obeso constituye un verdadero reto para cualquier anestesiólogo porque requieren de una cuidadosa evaluación preoperatoria y meticuloso manejo perioperatorio.[2]

La evaluación preoperatoria debe enfocarse en buscar las comorbilidades antes mencionadas y su posible estado de compensación o no. Los pacientes deben ser interconsultados con medicina interna, endocrinología y cardiología si las patologías asociadas así lo ameritan.[1]

De igual manera, se deben realizar exámenes complementarios enfocados a estas comorbilidades; se requieren desde exámenes básicos de cualquier intervención quirúrgica, hasta otros más específicos según las comorbilidades de los pacientes como estudios hormonales, pruebas funcionales respiratorias, la polisomnografía, la ecocardiografía, entre otros.[1]

En la evaluación preoperatoria se debe buscar la presencia de apnea obstructiva del sueño (AOS), lo que se puede hacer mediante el cuestionario STOP-BANG. Una puntuación de 5 o más obtenida con este método de detección implica la presencia de trastornos respiratorios del sueño.[10]

La AOS se asocia a un colapso de las vías respiratorias superiores y da como resultado episodios de apnea durante el sueño. Teniendo en cuenta que los obesos tienen un consumo de oxígeno tres veces mayor que personas de tamaño normal, provoca hipoxemia e hipercapnia crónica con la consiguiente acidosis respiratoria asociada. La hipoxia causa además vasoconstricción del circuito pulmonar, lo que trae como resultado una hipertensión pulmonar.[2,10]

Teniendo en cuenta que la apnea obstructiva del sueño puede influir en el desarrollo de arritmias en estos pacientes, la revisión cardiovascular debe

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

enfocarse en la búsqueda de estas, como la fibrilación auricular y la taquicardia ventricular, a través del ECG.[10]

En los pacientes obesos se produce tanto un aumento del volumen sanguíneo como del gasto cardíaco, finalmente se produce hipertrofia del ventrículo izquierdo, lo que aumenta posteriormente las presiones de llenado del ventrículo izquierdo, lo que causa disfunción diastólica. La disfunción sistólica también puede sobrevenir después del agrandamiento del ventrículo izquierdo.[10]

Además, si el paciente tiene una AOS se produce alteración del tono autónomo debido a la hipoxia, la acidosis y las alteraciones del ciclo del sueño, lo que provoca un aumento de la presión arterial pulmonar, que posteriormente causa hipertrofia del ventrículo derecho y, en última instancia, insuficiencia ventricular.[10]

Otro aspecto de vital importancia en la evaluación preoperatoria es la vía aérea, es tener en cuenta, que el aumento del diámetro del cuello por exceso de tejido adiposo limita el rango de movimiento y complica las técnicas de intubación adecuadas y seguras.[2]

Existen diferentes *test*, entre los que encontramos la medición de la circunferencia del cuello, así como su extensión, la distancia entre los incisivos, el *test* de la mordida, el *test* de Mallampati, la distancia tiromentoneana, entre otros; que nos permiten predecir una posible vía aérea difícil. Esto permite optar por varias opciones de abordaje que pueden ir desde una inducción de secuencia rápida hasta la intubación con el paciente despierto a través de fibra óptica flexible el estándar de oro en estos casos.[1,2]

La videolaringoscopia se puede utilizar para aumentar el éxito de la intubación traqueal en el primer intento, lo que es especialmente importante en la población obesa debido a la disminución de los tiempos de apnea seguros. La laringoscopia directa también puede ser exitosa con preoxigenación, tamaño de hoja correcto y posicionamiento.[2]

Ya una vez en el quirófano, uno de los retos más importantes es obtener un acceso intravenoso para la administración de fármacos durante la anestesia general. Esto es complicado cuando un paciente tiene exceso de tejido adiposo, lo que limita la visualización.[2] Perder el acceso durante un procedimiento o una situación de emergencia se vuelve más peligroso para el paciente en relación con la administración tardía de los medicamentos adecuados y las medidas de reanimación.[2]

La posición del paciente es otro aspecto importante porque debe realizarse con un acolchado adecuado de los puntos de presión y evitando la rotación extrema del cuello.[1] Se debe tener en cuenta que el decúbito supino en pacientes con obesidad provoca una reducción de la capacidad residual funcional, disminuye el volumen de reserva espiratoria, la compliancia pulmonar y el movimiento diafragmático que aumenta la respiración, disminuye el volumen pulmonar y causa hipoxemia y desajuste ventilación-perfusión.[2,10]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

La elevación de la cabeza mediante el uso de almohadas o el Trendelenburg inverso mejoran la facilidad de intubación en obesos en especial si alinea la escotadura supraesternal con el canal auditivo.[1,2,4,6,10]

Debido a que los pacientes obesos desaturan más rápido durante la apnea, se han descrito varias acciones que se pueden realizar durante la preoxigenación para prevenir la hipoxia como mantener una posición de cabeza erguida de aproximadamente 25 g durante la preoxigenación, considerar la aplicación de 10 cmH2O de presión positiva al final de la espiración (PEEP) y administrar oxígeno pasivamente, con el uso de un catéter de 10 Fr, a través de la nasofaringe, a una velocidad de aproximadamente 5 L/min durante la laringoscopia.[2,10]

La medicación preanestésica debe ir enfocada en primer lugar al uso de antibióticos profilácticos de infecciones posquirúrgicas, la prevención de náuseas y vómitos postoperatorios y medidas antitrombóticas además de los medicamentos de base del paciente.[10]

En relación con la medicación anestésica los pacientes obesos metabolizan los agentes lipófilos más rápidamente en comparación con los pacientes no obesos. El cálculo de la dosis de la mayoría de los fármacos anestésicos para administración en pacientes obesos se basa en el LBW, excepto los antagonistas neuromusculares no despolarizantes, que deben basarse en el IBW.[1,2,6,9,10]

Dentro de los agentes anestésicos el propofol es altamente lipófilo convirtiéndolo en el agente inductor más utilizado en los pacientes con obesidad mórbida. Debido a su alto volumen de distribución y su rápida eliminación de la sangre después de su administración.[2,6,10]

Los efectos de los opioides también pueden alterarse en pacientes obesos debido al aumento de tejido adiposo y al aumento de peso corporal. El fentanilo por su parte, es uno de los opioides más utilizados para la inducción anestésica,[7] es altamente lipofílico y la acción en la sangre es corta porque se depura a un ritmo más rápido en pacientes obesos; sin embargo, la infusión continua no se recomienda, porque se alcanza la saturación del compartimento periférico rápidamente,[10] de ahí que existan opciones como el remifentanilo para el manejo de estos pacientes puesto que el volumen de distribución y el aclaramiento del remifentanilo son similares en pacientes delgados y obesos, en gran parte debido a su rápido metabolismo por esterasas inespecíficas.[7] y la terminación de su efecto es rápida incluso tras la administración prolongada por lo que puede utilizarse en infusión continua.

Los pacientes obesos pueden experimentar un despertar prolongado después de usar agentes inhalados que son altamente lipofílicos debido a la liberación continua del fármaco del tejido adiposo.[2,7] El grado de liposolubilidad de los diferentes agentes de inhalatorios varía, y de ellos el sevoflurano y el desflurano tienen una solubilidad lipídica baja, lo que provoca una recuperación rápida en pacientes con obesidad. El desflurano es el anestésico inhalado menos lipofílico y

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

muestra una distribución limitada en el tejido adiposo; Por lo tanto, es una opción favorable para pacientes con obesidad.[2,10]

De los relajantes musculares la succinilcolina es la preferida para su uso en pacientes obesos debido a su inicio rápido y la corta duración de su acción facilita las intubaciones traqueales rápidas y también promueven la rápida restauración de la ventilación espontánea.[2,10]

Por su parte, el rocuronio no se distribuye fácilmente a los tejidos periféricos y su farmacocinética no se ve afectada en gran medida por los altos volúmenes de líquido extracelular observados en pacientes obesos.[10]

La ventilación de los pacientes con obesidad mórbida es otro de los aspectos de vital importancia en el transoperatorio e implica otro desafío para el anestesiólogo porque existe una disminución de la compliancia respiratoria y de la oxigenación y una mayor propensión a la atelectasia. Para la ventilación mecánica, la presión inspiratoria máxima debe mantenerse por debajo de 35 cm/H2O y se administraran 5-7 ml/kg de volumen corriente, calculado en función del IBW. No se ha establecido ninguna estrategia estándar, pero estudios han demostrado que los pacientes que reciben una combinación de ventilación mecánica con maniobras de reclutamiento alveolar[2] y presión positiva al final de la espiración[2,7] mostraron un aumento más efectivo en la oxigenación y la compliancia respiratoria.

Existe un alto grado de variabilidad entre las estrategias y de todas las intervenciones, algunas fueron más efectivas que otras, pero ninguna se asoció con complicaciones mayores o resultados adversos.[2]

Cuidados posoperatorios: después de la cirugía, los pacientes obesos, en comparación con los pacientes no obesos, tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones respiratorias, como hipoxemia o hipercapnia por atelectasias, hipoventilación, obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria aguda y neumonía.[2,7] El paciente debe ser atendido con la cabeza en posición vertical y se debe considerar el uso de oxigenoterapia estándar, así como el uso de CPAP o ventilación con presión positiva no invasiva (NIPPV) después de las extubaciones.[1,2,7] Se puede utilizar oxígeno de alto flujo suministrado a través de una cánula nasal y también se debe considerar la CPAP en pacientes que requieren opioides.[2,7]

También es importante tener en cuenta que pueden ocurrir miopatías como la rabdomiólisis en los obesos después de la cirugía; por lo tanto, es importante una vigilancia estrecha para el desarrollo de dolores de tejidos profundos. Si después de la cirugía aparecen signos de rabdomiólisis, se deben tomar medidas para tratar de inmediato esta afección y prevenir la aparición de una lesión renal aguda (LRA).

El pilar del dolor posoperatorio, los opioides, debe ser monitoreado, cuidadosamente debido a un mayor riesgo de depresión respiratoria significativa.[2]

Se ha demostrado que la analgesia adecuada con PCA (analgesia controlada por el paciente) mejora el resultado con una reducción de las complicaciones en estos individuos.[1]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Estos pacientes también tienen un mayor riesgo de infarto de miocardio posoperatorio y tienen el doble de probabilidades de desarrollar una infección de la herida y un evento tromboembólico, y son otras de las complicaciones que deben vigilarse en las primeras etapas posoperatorias.[2]

Se concluye que la estrategia preoperatoria adecuada, la anticipación de los problemas y la preparación para evitar las complicaciones con un equipo multidisciplinario reducen la morbilidad y la mortalidad en pacientes con formas extremas de obesidad.

Referencias bibliográficas

1. Suresh S, Hrishi AP, Arumadi A, Praveen R. Challenges of Super-Super Obese Patient Presenting for Neurosurgery: A Case-Based Review. J Neuroanaesthesiol Crit Care 2024:4 DOI: https://doi.org/10.1055/s-0044-1782503. ISSN 2348-0548.
2. Kaye AD, Lingle BD, Brothers JC, Rodriguez JR, Morris AG, *et al*. The patient with obesity and super‐super obesity: Perioperative anesthetic considerations. Saudi J Anaesth. 2022;16:332‐8. DOI: https://doi:10.4103/sja.sja_235_22
3. Braathen MR, Rigby-Jones AE, Ræder J, Spigset O, Heier T. Pharmacokinetics of propofol in severely obese surgical patients. Acta Anaesthesiol Scand. 2024;68:726-36. DOI: https://doi.org/10.1111/aas.14407
4. Al Jazzar RI, Alzahrani N, Eltayeb MM, Satti AK, Omar H, Arrowaili A. Super superobesity with a BMI of 98kg/m2: a case report. Journal of Surgical Case Reports. 2024;1:2. DOI: https://doi.org/10.1093/jscr/rjad690
5. MDCalc. (2025). "STOP-BANG Score for Obstructive Sleep Apnea". [acceso 20/04/2025]. Disponible en: https://www.mdcalc.com/calc/3992/stop-bang-score-obstructive-sleep-apnea.
6. Djalalimotlagh S, Mohaghegh MR, Ghodraty MR, Shafeinia A, Rokhtabnak F, *et.al*. Comparison of Fat-Free Mass and Ideal Body Weight Scalar for Anesthetic Induction Dose of Propofol in Patients with Morbid Obesity: A Double-Blind, Randomized Clinical Trial. Anesth Pain Med. 2023;13(6): e140027. DOI: https://doi.org/10.5812/aapm-140027.
7. Kim TK, Obara S, Johnson KB. Basic Pharmacologic Principles. En: Pardo MC. Miller´s Basics of anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p.31-50.
8. Moon TS, Jones SB. Nutritional diseases: obesity and malnutrition. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease. Philadelphia: Elsevier; 2022. p. 373-96.
9. Xu G, Qiao N, Pan Y, Simayi A, Chen N. The appropriate dose of propofol for anesthesia induction in morbidly obese patients. Ann Pallia Med 2020;9(4):1921-7 DOI: http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-1223

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

10. Seyni-Boureima R, Zhang Z, Antoine M.M.L.K, Antoine-Frank CD. A review on the anesthetic management of obese patients undergoing surgery. BMC Anesthesiology. 2022;22:98 DOI: https://doi.org/10.1186/s12871-022-01579-8.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES